

- Geschichte der Inneren Medizin in Jena -

Der Anteil des Städtischen Krankenhauses Jena an der Entwicklung der
Innere Medizin in Jena (1942 - 1996)

Wenn man die Entwicklung der Inneren Medizin in Jena als Klinisches Fach, als wissenschaftliche Disziplin und als Teil der Medizinischen Fakultät mit dem Aus- und Weiterbildungsauftrag beschreiben will, so sind drei Bereiche mit jeweils eigenständiger Struktur und Funktion gesondert zu betrachten:

1. Medizinische Univ.-Klinik, 2. Medizinische Univ.-Poliklinik, 3. Städtisches Krankenhaus.

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf das Städtische Krankenhaus und soll zeigen, wie sich aus einem Hilfskrankenhaus/Hilfslazarett ein Fachkrankenhaus für Innere Medizin mit Lehrbefugnis entwickelte, das schließlich zum Teil der neu geschaffenen Universitäts-Klinik für Innere Medizin wurde.

Die Universitätskliniken in Jena waren zugleich Landeskliniken und hatten mit ihren stationären und poliklinischen Einrichtungen die Hauptlast der medizinischen Versorgung in Jena und Umgebung zu tragen (1). Eine kommunale medizinische Einrichtung gab es in Jena bis 1939 nicht.

Über die Entstehung und Entwicklung des Städtischen Krankenhauses Jena soll im folgenden berichtet werden. Dieser Bericht wird zeitlich gegliedert in die Perioden:

I	1939 – 1962
II	1962 – 1980
III	1980 – 1996

Ihre inhaltlichen Begründungen ergeben sich aus den Darstellungen selbst.

I Periode 1939 – 1962

In der Niederschrift über eine Beratung im Direktorat für Planung und Ökonomie der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) zur Nachnutzung des Städtischen Krankenhauses Jena (Städt.Krhs.) und der Medizinischen Universitäts-Klinik Jena (Med. Klin.) am 31. 10. 1979 findet sich der Satz: "Das Gebäude diente bis zum Jahre 1939 als Versorgungshaus. Erst während des Krieges 1939 – 45 wurde eine Umrüstung als Hilfskrankenhaus vorgenommen. Ständige Um- und Ausbauten waren an der Tagesordnung" (2). Diese Maßnahmen gehen zurück auf einen Erlass der damaligen Reichsregierung und des Oberkommandos der Wehrmacht vom 21. 10. 1939 (3) zur „Inanspruchnahme ziviler Anstalten und dergleichen zur Einrichtung von Reservelazaretten“. Jena galt bereits 1940 als „besonders luftgefährdet“ angesichts der Rüstungsbetriebe Zeiß und Schott (Luftschutzort I. Klasse) (4). In einer vertraulichen Besprechung über Luftschutzmaßnahmen (5) am 16. 1. 1942 wurde festgelegt: „Alle Infektionsfälle werden im Städtischen Versorgungshaus, das als Infektionskrankenhaus eingerichtet worden ist, untergebracht.“ Im Anschluß an die Besprechung fand eine Besichtigung der neu eingerichteten Seuchenstation im Versorgungshaus statt. Als „Versorgungshaus“ diente damals das späteren Haus II, Dornburger Straße 159. Ob weitere Gebäude, die später zum Städt.Krhs. gehörten, schon damals in das Seuchenhaus einbezogen wurden, bleibt unklar (s.u.). Die Aktenlage ist mehr als dürftig. Lediglich am 19. 1. 1944 wird vermerkt (6): „Vorgesehene Ausweichstellen für die Städtische Krankenstation und das Städtische Hilfskrankenhaus Dornburger Straße 159 sind: Germanisches Museum, Altersheim Steubenstraße und RAD-Bezirksheilstuben Rödigenweg.“ Letztere wurde später das Haus IV (Station 9) des Städt.Krhs. (s.u.). Ab 3. 2. 1945 wurden die Hilfskrankenhäuser als Lazarette der Wehrmacht unterstellt (7). Aus einem Bericht älterer Mitarbeiter geht hervor, dass auch der „Nollendorfer Hof“ bis in die Nachkriegszeit als Außenstelle des Städt. Hilfskrankenhauses diente. Sowohl im Verwaltungsbericht 1946 (Städt. Anstalten) als auch 1947 (Anlage 1 u. 2) werden Hilfskrankenhäuser genannt, darunter der Rödigenweg (Eigentümer: Land Thüringen), Dornburger Straße 159 und der Nollendorfer Hof. Die Typhuserkrankungen waren so angestiegen, dass das „Typhushaus“ Dornburger Straße 159 nicht ausreichte und deshalb Verlegungen in den Nollendorfer Hof erforderlich wurden. Die Einrichtung eines Hauses für Sieche erwies sich jedoch als unumgänglich. Hierfür wurde das Haus Dornburger Str. 161 ausgesucht, ein städtisches Gebäude, welches direkt neben dem Hilfskrankenhaus Dornburger Straße 159 liegt (später Haus I). Aus einer Zeitungsnotiz (Thüringer Volk v. 3. 3. 1949 (Anlage 3)) geht hervor, dass der Rat der Universitätsstadt Jena beschlossen hat, „die bisherigen Hilfskrankenhäuser in „Städtisches Krankenhaus der Universitätsstadt Jena“ ab sofort umzubenennen. Hilfskrankenhaus Dornburger Str. 159 in Städtisches Krankenhaus der Universitätsstadt Jena Haus I, Hilfskrankenhaus Dornburger Str. 161 in Städtisches Krankenhaus der Universitätsstadt Jena Haus II, Hilfskrankenhaus Nollendorfer Hof in Städtisches Krankenhaus der Universitätsstadt Jena Haus III; Krankenhaus für chronisch Kranke Rödigenweg 41 in Städtisches Krankenhaus der Universitätsstadt Jena Haus IV. Dies ist gewissermaßen die „Geburtsurkunde“ des Städtischen Krankenhauses Jena.

Trotz intensiven Suchens konnten weder im Stadtarchiv Jena noch im Staatsarchiv Rudolstadt Akten gefunden werden, die differenzierte Auskünfte über das Hilfskrankenhaus und spätere Städt.Krhs. Jena geben könnten. So muß sich dieser Bericht auf Auskünfte stützen, die von ehemaligen Mitarbeitern, die diese frühe Zeit (Kriegsende und Nachkriegszeit) miterlebt hatten, stammen.

Ein alter Pfleger berichtete, dass das Hilfskrankenhaus ärztlich von der Med. Klin. her betreut wurde. Es ist anzunehmen, dass der Ärztliche Leiter (später Chefarzt und Ärztlicher Direktor) Herr Dr. Rümmler als Assistent der Med. Klin. vom damaligen Klinikdirektor Prof. Dr. Veil mit der Leitung des Hilfskrankenhauses betraut wurde. Der Pfleger konnte sich auch erinnern, dass der damalige Oberarzt in der Med. Klin., Prof. Heilmeyer, per Fahrrad zu seinen Visiten kam. Die ärztliche Besetzung war sehr knapp. Frau Dr. Dietze, von 1953 bis 1980 im Städt. Krhs. tätig, berichtet, dass vor 1962 außer dem Chefarzt und der Oberärztin (Frau Dr. Hennig) nur 5 oder 6 Assistenten tätig waren. Prof. Dr. W. Brednow, 1947 als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. W. Veil auf den Lehrstuhl Innere Medizin der FSU und als Direktor der Medizin. Univ.-Klinik berufen, hatte die weitere Leitung des Seuchenkrankenhauses Dornburger Straße abgelehnt. Diese Version ist zwar nicht aktenkundig, war aber bereits 1949 unter den Assistenten der Med. Klin. als „oral history“ unwidersprochen. Brednow hatte sich als Chefarzt der Inneren Abteilung und Leiter des Krankenhauses Cottbus am Ende des Krieges und bis Ende 1946 in der Seuchenbekämpfung große Verdienste erworben und kannte sich somit aus (8). Aber er war der strikten Auffassung, dass solche z. T. massenhaften Versorgungsleistungen nicht zu den Aufgaben einer Universitätsklinik in Friedenszeiten gehören.

Gemäß ihrer anfänglichen Bestimmung wurden in den Einrichtungen vorwiegend Patienten mit Infektionskrankheiten behandelt: Typhus, Tuberkulose, später auch Kinderlähmung, Hepatitis. Während der Kinderlähmungsepidemien lagen bis zu 72 erkrankte Kinder und Jugendliche im Haus III (Station 7 und 8). Nach Befreiung des KZ Buchenwald erhielten Tbc-krankte Häftlinge erste Behandlung und Pflege. Dass auch Zwangsarbeiter verschiedener Nationen behandelt wurden, erfuhren wir noch in den 70er Jahren aus Anfragen solcher ehemaliger Patienten, die um Nachweise ihrer Behandlungszeit (wahrscheinlich für ihre Rentenansprüche) baten. Tatsächlich fanden sich noch einige solcher Krankenakten.

Wie schon gesagt, dienten die Stationen 7 und 8 in den beiden Häusern III (Steubenstraße) der Versorgung von Kindern mit Infektionskrankheiten, die Station 7 zunehmend auch der Versorgung von Erwachsenen. Damit – und mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten im Territorium ganz allgemein – änderten sich Struktur und Belegung der Stationen 1 – 6 in den beiden Haupthäusern I und II (Dornburger Straße). Zur Aufnahme kamen nunmehr vorwiegend chronisch kranke und alte Patienten, dazu Pflegefälle aus dem Einzugsbereich. Die Medizinische Universitätsklinik lehnte in der Regel die Aufnahme solcher Patienten ab oder überwies sie nach Überwindung einer akuten Krankheitsphase bei weiter bestehender Pflegebedürftigkeit ins Städt.Krhs. Die Betten auf beiden Seiten reichten nie aus – leistungsfähige Alten- und Pflegeheime gab es damals noch nicht –, und so gehörte der Kampf um ein freies Bett für alle beteiligten Ärzte zu den unangenehmsten Seiten ihrer Tätigkeit, von den armen Patienten ganz zu schweigen.

Patienten mit chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit fanden im Haus IV (Station 9) Rödigenweg – etwa 1 km vom Haupthaus am Hang gelegen – eine betreute Bleibe bis zu ihrem Lebensende. Alle Gebäude waren anfänglich räumlich voneinander getrennt, die Stockwerke des Städt.Krhs. (2 - 5) in den Häusern nur über Treppen erreichbar. M.a.W., alle nicht gehfähigen Patienten und auch die Verstorbenen mussten mit Tragen über die Treppen transportiert werden, nachts manchmal von der Nachtschwester und dem diensthabenden Arzt bzw. Ärztin. 1949 verfügte das Städt.Krhs. lediglich über einen Röntgen-Halbwellen-Apparat und einen einzigen Laborraum mit einem Mikroskop und einfachen Hilfsmitteln. Erst langsam kam eine Aufbesserung der für ein Krankenhaus völlig unzureichenden Bedingungen in Gang. In einem Perspektivplan der Abteilung Ges.Wesen des Rates der Stadt Jena 1954 (9) werden folgende Maßnahmen konzipiert: „1956 Erweiterungsbau im Anschluß an Haus II für Röntgenabteilung, physikalische Therapie, Telefonzentrale, Krankenhausverwaltung, Leichenhalle, zentrale Heizungsanlage, Ruhe- und Speiseräume für die Belegschaft, Errichtung einer Werkstatt, Schaffung einer einheitlichen Wäscheannahme, Desinfektion, Wäscherei, Näherei, Plätterei und Wäscheausgabe, 1957 Verbindungsbau von Haus I und III, Einbau einer Kostix-Röntgenanlage, 1960 Erweiterung des Hauses IV (Rödigenweg), Schaffung einer modernen Isolierabteilung.“ Das war keine reale Planung, sondern lediglich eine Aufzählung all dessen, was dem Krankenhaus am dringlichsten fehlte.

Als einzige, aber wohl wichtigste Baumaßnahme entstand in diesen Zeitraum der Zwischenbau, der die Häuser I und II verbindet und vor allem einen Fahrstuhl für beide Häuser brachte. Schon 1953 hatte das Haus I an der Straße An der Eule einen Anbau für eine neue Küche, Krankenzimmer und einen Versammlungsraum im obersten Geschoss erhalten (Aussage Dr. Dietze). Bezüglich der baulichen und technischen Entwicklung am und im Städt.Krhs. sei auf die beiliegenden Unterlagen „Das Städtische Krankenhaus Jena 1949 – 1979. Ein Bericht“ und „Studie. Rekonstruktion des Städtischen Krankenhauses zur Klinik für Geriatrie und Infektionskrankheiten“ (Anlagen 4 und 5) verwiesen.

Eine weitere Aufgabe kam ab Mitte der 50er Jahre auf das Städt.Krhs. zu, als ringsum und nacheinander die Neubaugebiete Nord I – III entstanden und das Krankenhaus die einzige Einrichtung des Gesundheitswesens war, das zur Versorgung von Patienten aus diesem Einzugsbereich zur Verfügung stand – ein unhaltbarer Zustand. Das Problem wurde zunächst dadurch gelöst, dass man eine Wohnungseinheit in dem am 1. 1. 1961 der Belegschaft übergebenen Wohnheim (Emil-Höllein-Str. 79) umwandelte in eine Facharztpraxis für Allgemeinmedizin. Als sich die Bebauung erheblich nach Norden erweiterte, richtete das Städt. Krhs. eine zweite Wohnung in Nord III (Straße des 8. Mai) als Arztpraxis ein. M.a.W.: Die Verantwortung für die ambulant-medizinische Grundversorgung der Bewohner der Neubaugebiete I – III oblag zusätzlich dem Städt.Krhs. Eine echte Problemlösung waren diese Provisorien nicht. Über die weitere Entwicklung wird noch zu berichten sein (s. u. Ambulatorium Nord).

Da, wie oben schon gesagt, keinerlei Unterlagen über das Städt.Krhs. in der Zeit vor 1962, also auch keine Leistungszahlen mehr existieren, ist eine objektive Beurteilung der Leistungen des Städt.Krhs. – besser gesagt seiner Belegschaft – heute nicht mehr möglich. Die Berichte solcher Mitarbeiter, die diese Zeit teilweise miterlebt haben, lassen jedoch eine gewisse Einschätzung zu.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

Der Krieg mit seinen Zerstörungen und das Elend der Nachkriegszeit mit vielen kranken Flüchtlingen und Heimkehrern, Seuchenzügen und dramatischer Zunahme der Tuberkulose machten die Einrichtung von Hilfskrankenhäusern in Jena notwendig, darunter ein Seuchenhaus im ehemaligen Städt. Versorgungshaus unter Einbeziehung benachbarter Gebäude. Die Behandlung von Infektionskrankheiten ist eine Aufgabe der Inneren Medizin, demzufolge stand dieses Seuchenhaus unter der ärztlichen Leitung des Direktors der Medizinischen Universitätsklinik (Prof. Veil) und seines dorthin delegierten Mitarbeiters (Dr. Rümmler).

Mit der schrittweisen Besserung der Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse gingen auch die Infektionskrankheiten zurück, von sporadischen Epidemien (Poliomyelitis, Typhus) abgesehen. Dafür stiegen die Zahlen der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen an, und es offenbarte sich ein ständiges Bettendefizit gerade im Fachgebiet Innere Medizin. Das Städt.Krhs., das sich durch den Leitungsverzicht Prof. Brednows 1947 von der Med. Univ.-Klinik gelöst hatte und nun als kommunale Einrichtung betrieben wurde, übernahm mehr und mehr große Teile der internmedizinischen stationären Grundversorgung neben der Med.Klin. Trotzdem blieb der Bedarf und damit die Not stets größer als die vorhandene Kapazität (10).

Nur sehr zögerlich kamen in den 50er Jahren Verbesserungen der für einen Krankenhausbetrieb völlig ungeeigneten baulichen Strukturen und der Ausrüstung in Gang, so dass Ärzte und Pflegepersonal unter sehr erschwerten Bedingungen ihre Patienten betreuen mussten. Den Mangel an moderner Medizintechnik glichen Ärzte und Schwestern durch intensive Zuwendung zum Patienten und Pflege aus – man sprach später mit Hochachtung von diesem „Markenzeichen“ des Städt.Krhs.

Die sich Ende der 50er Jahre verschärfende politische Situation in der DDR, die schließlich im August 1961 zum Mauerbau führte, bewog viele Menschen, die DDR in Richtung Bundesrepublik zu verlassen, „Republikflucht“ nannte man dies amtlicherseits. So verließen von den 522 Ärzten des Bezirkes Gera 1958: 50; 1959: 19; 1960: 48 Ärzte die DDR und damit ihren Arbeitsplatz (11). Kurz vor dem Mauerbau, im Juli 1961, gingen auch Frau OA Dr. Hennig und dann der Chefarzt des Städt.Krhs., Herr Dr. Rümmler, in den Westen. Frau OA Dr. E. Weber wurde zur kommissarischen Leiterin des Stadt.Krhs. bestellt.

II. Periode 1962 – 1980

Die Periode umfasst die Zeit, in der der Berichterstatter als Chefarzt und Ärztlicher Direktor das Städt. Krhs. leitete.

Da, wie oben bereits gesagt, fast sämtliche Akten des Städt.Krhs. verloren gegangen sind, kann ich (D.Jorke) diesen Bericht nicht immer objektiv, in der dritten Person sprechend, nach den jeweiligen Belegen gestalten. Ich muß vielmehr auf private Aufzeichnungen, Konsultationen von ehemaliagen Mitarbeitern und auf das eigene Gedächtnis zurückgreifen. Es wäre meines Erachtens unehrlich, den subjektiven Charakter der Darstellung verschleiern zu wollen.

Im Frühsommer 1962 fragte mich, den bis dahin jüngsten Oberarzt und Dozenten der Med. Klin., der damalige Dekan, Prof. Dr. Streuer, ob ich mich bereit finden würde, eine Berufung als Leiter des Städt.Krhs. Jena anzunehmen. Ich sagte zu unter der Bedingung, dass ich Mitglied der Medizinischen Fakultät bleibe. Der Dekan erwähnte, die Berufung sei sowohl mit der Universitätsleitung als auch mit dem Bezirksarzt (Dr. W. Müller) abgesprochen. Erst sehr viel später erfuhr ich, warum die Universität (Fakultät) in dem bis dahin so gering geachteten und wenig beachteten Städt.Krhs. unbedingt einen eigenen Hochschullehrer als Leiter wissen wollte. Wie ich in der Schrift „Klinik für Innere Medizin (KIM) der Friedrich-Schiller-Universität. Der lange Weg eines Klinikneubaus.“ (10) ausführlich dargelegt habe, beschäftigte sich seit 1960 die Universität, die Stadt Jena und der Bezirk Gera auf Anweisung des Politbüros der SED (K.Hager) mit der Planung eines einheitlichen Gesundheitswesens Jena. Diese Planung endete schließlich mit dem Vorschlag eines Neubaus des Gesamtklinikums in Lobeda. Darauf wird noch einzugehen sein. Wie gesagt, das alles war mir bei meiner Berufung nicht bekannt.

Nach einem ersten Durchgang durch alle Häuser und Räume des Städt.Krhs. wusste ich nur, dass schwierige Aufgaben vor uns standen, denn alle diese Einrichtungen befanden sich in einem beklagenswerten baulichen, technischen und hygienischen Zustand, vollgestopft mit Betten. In zeitlich wie personell gestaffelten Beratungen (vornehmlich mit meiner Stellvertreterin Frau Dr. E. Weber, der 2. Oberärztin Frau Dr. M. Hubrig, dem Verwaltungsleiter Herrn Rissmann und der Oberschwester Emmi) versuchten wir, einen Perspektivplan zu entwickeln, wie diese Situation zu verbessern wäre. Die Einzelvorhaben lassen sich in folgende Gruppen gliedern:

1. Bauliche und technische Rekonstruktion, Krankenhaushygiene, Bettenreduzierung zur Verbesserung der Pflegesituation
2. Fachliche Qualifizierung und Personalentwicklung
3. Lehre und Forschung
4. Sonstiges.

Die zu schildernden Maßnahmen erstrecken sich jeweils über die gesamte II. Periode (1962 – 1980).

1. Bauliche und technische Rekonstruktion, Krankenhaushygiene, Bettenreduzierung (1.9.62: 283 Betten)
- Zum Zeitpunkt der Amtsübernahme (1. 9. 1962) genügte das Städt.Krhs. in keiner Weise selbst einfachen krankenhaushygienischen Standards. In etwa 80 % der Krankenzimmer fehlte fließendes Wasser (u. Abwasser), die Patienten mussten sich in einem Waschraum der Station mit wenigen

Waschbecken waschen, bettlägerige Patienten mussten aus Schüsseln gewaschen werden, die die Schwestern über lange Gänge herbeischleppten. Die Krankenzimmer waren so vollgestellt mit Betten, dass etwa 50 % von ihnen nur von einer Seite erreichbar waren. In viele Zimmer kam man mit einer fahrbaren Krankentrage gar nicht hinein, Patienten mussten z. T. vom Gang ins Bett getragen werden. Ärzte und Schwestern arbeiteten grundsätzlich in einem gemeinsamen Raum, was manchmal bei Eingriffen wie Punktionen zu grotesken Situationen führte. Arztgeheimnis, Schweigepflicht – wie sollte dies garantiert werden, wenn sich der Arzt mit seinem Patienten nicht in einen eigenen Raum ohne Dritte zurückziehen konnte ? Auch alles Untersuchungsmaterial (Blut, Körperausscheidungen, Punktate etc.) lief über die Tische der gemeinsamen Dienstzimmer. Man war es so gewohnt, und die Bettennot ließ offenbar keine andere Lösung zu.

Als Sofortmaßnahmen wurden der Einbau von Waschbecken in jedes Krankenzimmer und eine Reduzierung der Bettenkapazität gegen den Widerstand der Behörden durchgesetzt. Als Grund für ihren Widerstand gaben diese Behörden (Abt. Gesundheitswesen Stadt Jena/Bezirk Gera) an, die Bettenkapazität sei eine Planzahl des Volkswirtschaftsplans der DDR, stünde so in der staatlichen Statistik und dürfte erst mit Genehmigung des Gesundheitsministeriums und der Zentralen Plankommission auf Antrag geändert werden. Mögen solche Aspekte aus heutiger Sicht (2003) lächerlich erscheinen, damals war diese Bürokratie ein Hemmnis für vernünftige und notwendige Änderungen. Aus dieser Erfahrung heraus versuchten wir nach Möglichkeit unsere Vorhaben auf unterster Ebene, manchmal auf illegalen Wegen, zu regeln. Zum Glück gab es auch einige vernünftige Stadträte, die zudem gelegentlich unsere Patienten waren!

Der Wasserinstallation folgte die völlige Erneuerung der Elektroinstallation, da der Brandschutz nicht mehr gewährleistet war.

Die Heizung der Häuser wurde mit 4 Kohleöfen und mit Rohbraunkohle betrieben, die mit einem riesigen Haufen ungeschützt den Krankenhaushof füllte. Dieser Haufen konnte dann durch einen Bunker unter dem Hof untergebracht werden, die kräftezehrende und staubige Handfeuerung endete aber erst durch einen Anschluß an das Fernwärmenetz.

Zur Verbesserung der Hygiene dienten weiter folgende Maßnahmen: Einrichtung einer Zentralsterilisation (Verbandsmaterial, Instrumentarien, Spritzen und Kanülen und Gummihandschuhe, jeweils zur Wiederverwendung, da es keine Einwegmaterialien gab), Ausrüstung der eigenen Wäscherei mit dem Thermodesinfektionswaschverfahren und Bügelmaschinen für Berufskleidung, Modernisierung der Küchenausrüstung mit Einrichtung einer Diätküche (unter Leitung einer Diätassistentin).

Im Zuge weiterer Bettenreduzierungen, die durch Reduzierung der Verweildauer möglich wurden, konnten endlich zusätzliche Dienstzimmer für Ärzte und Schwestern sowie Funktionsräume (Kardiologie, Notfall-Überwachungseinheit, Endoskopie u.a.) eingerichtet und betrieben werden. Einige Aktivitäten sind auch im Bericht über das Städt.Krhs. 1949-1979 (Anlage 4) beschrieben und dokumentiert.

Mit all diesen Maßnahmen stießen wir bald an die Grenzen, die uns durch den Altbau vorgegeben waren. Erst mit dem Neu- und Anbau des Ambulatorium Nord gelang eine wesentliche Erweiterung der Funktionsabteilungen und ihrer Leistungen.

Wie oben schon kurz geschildert, wurden im Nordgebiet Jenas ab Mitte der 50er Jahre die Neubaugebiete I – III mit 20.000 Einwohnern errichtet, ohne dass die Städteplaner an medizinische Einrich-

tungen zur Versorgung dieser neuen Stadtteile gedacht hatten. So kam es, dass dem „Fachkrankenhaus Innere Medizin“ (s.u.), inmitten dieser Stadtteile gelegen, die Verantwortung für die allgemeinmedizinische Betreuung zugeschoben wurde. Die Folge war zunächst, dass die beiden von uns betriebenen Allgemeinmedizin-Praxen völlig überlaufen waren und nachts der diensthabende Arzt des Städt.Krhs. die vor der Tür stehenden Notfälle zu behandeln hatte. Der Unmut in der Bevölkerung wuchs, denn es fehlten nun auch Fachärzte und Zahnärzte sowie eine Apotheke. Nun endlich – immerhin 1966/67 – beschlossen Stadt und Staatliches Gesundheitswesen, dem Mangel durch Bau eines Ambulatoriums ein Ende zu machen. Dazu gab es zwei Lösungsvorschläge: 1. Neubau zwischen den Wohnblöcken, 2. Anbau an das Städt.Krhs. Offiziell wurde die Variante 1 favorisiert, und zwar weniger aus einem sachlichen als vielmehr einem politisch-ideologischen Grund. In jener Zeit lautete eine Parole des Sozialistischen Gesundheitswesens: „Strenge Trennung zwischen stationären (Krankenhäusern) und ambulanten (Polikliniken) Einrichtungen!“ Es würde zu weit führen, die Gründe für diese politische Stoßrichtung zu erörtern. Letztlich sollte wohl nach sowjetischem Vorbild die ambulanzmedizinische Versorgung durch das System Ambulatorien – Polikliniken organisiert werden. Das bedeutete aber: Eigene Ärztliche Direktoren, Verwaltungen, Funktionseinrichtungen (Röntgen, Labor, Physiotherapie u.a.m.). Unser Vorschlag dagegen war, mit dem Neubau des Ambulatoriums möglichst viele Synergieeffekte durch einen direkten Anbau des Ambulatoriums an das Krankenhaus mit gemeinsamer Nutzung aller Funktionsabteilungen einschließlich einer Apotheke zu erreichen (s. Anlage 6). Es bedurfte intensiver Überzeugungsarbeit, diesen Lösungsvorschlag gegen den ideologischen Trend (Variante 1) durchzusetzen. Für das Städt.Krhs. brachte der Anbau des Ambulatoriums (18.2.1969) nicht nur funktionelle Verbesserungen durch den Neubau einer modernen Röntgenabteilung, die Erweiterung des Labors und der Physiotherapie, sowie die Versorgung durch eine eigene Apotheke, sondern auch eine enge Verbindung mit den einweisenden wie nachsorgenden Ärzten (darunter ein Internist als Leiter des Ambulatoriums). Aus heutiger Sicht (2003) wurden schon damals moderne Forderungen der Gesundheitsökonomie erfüllt. Gerade dadurch, dass der Ärztliche Direktor des Krankenhauses und sein Verwaltungsleiter zugleich für das Ambulatorium ökonomisch wie disziplinarisch verantwortlich waren, konnte diese Integration und Kooperation gesichert werden.

2. Fachliche Qualifizierung und Personalentwicklung

Bei Amtsübernahme am 1. 9. 1962 besaß das Städt.Krhs. den Status eines Versorgungskrankenhauses, bestehend aus einem großen Anteil Innere Medizin und einer Kinderinfektionsabteilung. Ab 1. 12. 1962 wurde dem Haus der Status „Fachkrankenhaus für Innere Medizin“ zugebilligt. Das war eher prognostisch gedacht als Realität. Aber dieser Status hatte für uns mehrere günstige Aspekte: Reduzierung der Überkapazität an Betten, Aufstockung des Personals, Erhöhung des Budgets und – vor allem einen positiven psychologischen Effekt. Die im Kapitel 1 geschilderten Maßnahmen zur baulichen und technischen Rekonstruktion und zur Erweiterung der Funktionsabteilungen benötigten immerhin gut 6 Jahre, bis das Städt.Krhs. den Status „Fachkrankenhaus“ auch inhaltlich voll erreicht hatte.

Die rasch einsetzende Qualifizierung machte es jedoch möglich, die volle Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin zu übernehmen und zu garantieren. Auch die internistische Weiterbildung für andere Disziplinen (vor allem für den Facharzt für Allgemeinmedizin) konnte im Städt.Krhs. absolviert

werden. Damit stieg die Anzahl der Ärzte insgesamt deutlich an, was sich günstig auf die Qualität der ärztliche Arbeit auswirkte.

Während 1953 1 Chefarzt, 1 Oberärztin und 5 Assistenten das Haus versorgten, waren es 1962 2 Oberärztinnen, 1 Kinderärztin und 5 Assistenzärzte/innen. 1979 bestand der Ärztestamm aus 1 Chefarzt, 4 Oberärzten/innen, 3 Abteilungsärzte/innen, 1 Fachärztin für Röntgenologie (Abt. Arzt), 3 Fachärzte für Klinische Chemie (davon 1 Abt.Arzt), 16 Assistenten/innen, Stationärzten/innen, dazu 1 Oberärztin und 2 Assistentinnen im Zentralen Thrombosedienst. Zu diesem Ärztestamm kamen, wie schon erwähnt, die nicht unerhebliche Zahl von Weiterbildungsassistenten.

Auch die Schwesternschaft konnte erweitert werden, vor allem durch Qualifizierung zur Oberschwester, Funktionsschwester und Lehrschwester (Jugendlehrstation).

Natürlich ist hier die Frage berechtigt, wie das zusammengehen mag: Einmal Bettenreduzierung, zum anderen erhebliche Personalaufstockung, und das in einem starren System der Planwirtschaft. Darauf kann ich als Berichterstatter mangels geeigneten Aktenmaterials nur eine vorwiegend subjektive Antwort geben. Es war unser Vorteil, dass wir die einzige stationäre Einrichtung des Staatlichen Gesundheitswesens Jena waren und nicht aus einem großen gemeinsamen Topf alimentiert wurden, wie z. B. die Kliniken der Universität. Die Stadtväter anerkannten die steigenden Leistungen „ihres“ Krankenhauses und förderten es. Das Städt.Krhs. war zudem beliebt bei Patienten und Personal, und der fachliche Ruf steigerte sich zunehmend. Ärzte kamen über Bewerbungen oder per Wechsel aus den Universitäts-Kliniken gern ins Städt.Krhs., so dass nie ein Ärztemangel entstand. Die Gründe sind vielschichtig. Nach meiner Erfahrung als Leiter sprachen unser Prinzip der ganzheitlichen internistischen Erfassung und Betreuung der Kranken, die freundlich kollegiale und (fast) vollständig ideologiefreie Atmosphäre im Haus viele an.

In einer Rahmenvereinbarung zwischen dem örtlichen Staatlichen Gesundheitswesen und dem Bereich Medizin der FSU (12) wurde festgelegt, dass die Einrichtungen aus beiden Bereichen (sowie die weiteren im Raum Jena vorhandenen stationären Einrichtungen) die stationäre Betreuung der Bürger im Raum Jena garantieren. Dabei sollte das Staatliche Gesundheitswesen im Raum Jena schrittweise den Hauptanteil der Grundversorgung und wesentliche Teile der spezialisierten Versorgung übernehmen. Damit erhielt das Städt.Krhs. zunächst den Charakter einer allgemeininternistisch ausgerichteten Klinik, zusätzlich mit einer Infektionsabteilung für Erwachsene (20 Betten) und Kinder (40 Betten).

Dabei blieb es aber nicht, es entwickelten sich Fachabteilungen. „Allgemeininternistisch“ bedeutet keineswegs „nur“ chronisch Kranke und Pflegefälle, wie vor 1962 (mit Ausnahme der Infektionen), sondern ab diesem Jahr die volle Breite der internistischen Diagnostik und Therapie, soweit das die medizintechnischen Möglichkeiten zuließen. Der Wandel im Morbiditätsspektrum zeigt sich statistisch am steilen Anstieg der Patientenzahlen bei spiegelbildlich abfallender Verweildauer in den Jahren nach 1962, einzusehen im Abschnitt „Patienten“ des Berichtes „Städtisches Krankenhaus Jena 1949-1979“ (Anhang 4).

Während zuvor (s.o. I.) aufwendige Röntgen- und Labor-Untersuchungen außerhalb im Universitäts-Klinikum durchgeführt werden mussten, konnten diese nach Aufrüstung, Qualifizierung und später Erweiterung dieser Funktionsabteilungen in eigener Regie erfolgen. Besondere klinische und wissenschaftliche Interessen und persönliches Engagement einzelner Kolleginnen und Kollegen führten dann

auch zur Bildung klinischer Abteilungen mit spezialisierter Aufgabenstellung. So entstand unter Leitung von Frau Dr. Dietze und unter Mitarbeit von Frau Dr. Victor und Herrn Dr. U.A. Müller in den Stationen 4 und 6 eine Abteilung für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen, die mit der Diabetikerzentrale der Med. Univ.-Poliklinik unter Leitung von Frau Dr. Fack sehr eng zusammenarbeitete. Ihre Erfahrungen wurden später beim Aufbau der Abteilung Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen der Klinik für Innere Medizin der FSU (Leiter Doz.Dr.Schambach) genutzt.

Die Station 5 entwickelte sich dank des Engagements von Herrn Dr. Ruffert und Frau Dr. Jahn zu einer Abteilung für Internistische Onkologie, die mit Inbetriebnahme der Klinik für Innere Medizin dann zur ersten klinischen Universitätsabteilung ihrer Art wurde. Das Neue war, über die traditionelle Diagnostik und Therapie der malignen Erkrankungen des hämatopoetischen und lymphatischen Systems - die Domäne der Internisten - hinaus vor allem die Chemotherapie solider Tumoren als Schwerpunkt. Von dieser Abteilung gingen auch wesentliche Impulse zur interdisziplinären Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen aus, die z. B. zur sog. „Lymphomsprechstunde“ unter Beteiligung aller Kooperationspartner führten. Sie wurde dann moderiert vom Leiter der Hämatologischen Abteilung der Klinik für Innere Medizin, Prof. Kühn.

Die Infektionsabteilung (20 Betten), in Zeiten der Seuchenzüge (Poliomyelitis, Hepatitis, infektiöse Darmerkrankungen) stark frequentiert, konnte mit Besserung der allgemeinen Hygienelage zeitweise auch allgemeinmedizinisch genutzt werden. Das drohende Eindringen von AIDS-Erkrankungen ab Ende der 70er Jahre machte zusätzliche Spezialausbildungen (OA Dr. Mannstadt, Frau Dr. Stein) erforderlich, um notfalls für Jena ein Behandlungszentrum vorzubereiten. Die Kinderabteilung (40 Betten) unter Leitung der Kinderärztin Frau Dr. Steiner übernahm in Absprache mit der Univ.-Kinderklinik den Hauptanteil der eingewiesenen Kinder mit Infektionskrankheiten und behandelte darüber hinaus in infektionsarmen Zeiten auch Kinder mit nichtinfektiösen Krankheiten, dabei zunehmend in Kooperation mit den Pädiatern des Ambulatoriums Nord am Städt.Krhs.

Als „Städtisches Krankenhaus“ hatte diese Einrichtung selbstverständlich auch die Aufgabe – im Gegensatz zu einer Universitätsklinik - , chronisch Kranke der Stadt zu behandeln und zu versorgen. Besonders in den 60er und auch noch den 70er Jahren, bevor im Rahmen der Errichtung der Neubauviertel Neulobeda und Winzerla moderne Alters- und Pflegeheime entstanden, war es schwierig, oft genug unmöglich, zuhause unversorgte chronisch Kranke wieder zu entlassen. Für diese Indikation war die Station 9, das Haus am Rödigenweg (45 Betten) eingerichtet. Wer dorthin verlegt wurde, blieb schließlich bis zum Lebensende. Wie schon das Haupthaus war dieses Gebäude völlig überbelegt, z. T. menschenunwürdig und befand sich in einem schlechten baulich-technischen Zustand. Auch darüber finden sich Angaben im Bericht 1949 –1979 (Anlage 4).

Wir wollten jedoch aus dem Status „Pflegestation“ heraus und versuchen, nach und nach einen Schwerpunkt „Geriatric“ (klinisch und wissenschaftlich) zu entwickeln – eine Aufgabe, die nach Inbetriebnahme der Klinik für Innere Medizin (1980) für das dann angeschlossene Städt.Krhs. immer wieder diskutiert und geplant wurde (s.u.). Frau Dr. Geyer hatte sich als Stationsärztin der Station 9 sehr engagiert angenommen, worüber im o.g. Bericht zu lesen ist. Sie konnte die dabei gewonnenen

Erfahrungen in ihrer späteren Tätigkeit als betreuende Ärztin der Alters- und Pflegeheime Jenas hervorragend nutzen und wurde so zu einer national wie international bekannten und erfolgreichen Geriaterin.

Die volle Übernahme der internistischen Diagnostik und Therapie bracht es mit sich, dass nun auch vermehrt internistische Notfälle (z. B. Herzinfarkte u.a.) eingewiesen wurden. Eine Intensivtherapie-Abteilung existierte nicht und hätte sich in der gegebenen Bausubstanz auch nicht realisieren lassen. Statt dessen richteten wir unter Leitung von OA Dr. Reinhardt auf Station 2 eine Überwachungseinheit ein. Damit konnten sowohl frische Herzinfarkte als auch bedrohliche Herzrhythmusstörungen behandelt werden (s. Bericht Mannstadt Anlage 7).

Eine Reihe moderner diagnostischer-therapeutischen Methoden ist abhängig von einem entsprechenden Instrumentarium, das es vielfach in der DDR nicht gab. Als kommunales Haus standen wir nicht im Verteiler für rare Importe aus NSW-Ländern (NSW = Nichtsozialistisches Währungsgebiet = Westeuropa/USA). Man behelf sich entweder mit Nach-Eigenbau oder versuchte, meist illegal, Instrumente, die von westlichen Kollegen bzw. Firmen gespendet wurden, einzuführen. Dank guter Verbindungen, die ich vor dem Mauerbau 1961 noch selbst knüpfen konnte, gelang uns dies auch. So konnten folgende Methoden, die es im Städt.Krhs. überhaupt nicht und im Klinikum erst später gab, eingeführt und erfolgreich verwandt werden: Leberbiopsie nach Menghini (Jorke), Perkutane-transhepatische Cholangiographie mit der Chiba-Nadel (Reinhardt), Knochenmarkbiopsie mit der Jamshidi-Nadel (Ruffert), Lungenbiopsie (Mannstadt), Laparoskopie (Reinhardt), Beatmungsbronchoskopie (Jorke), Magenbiopsie (Eckstein).

Für die Leitung des Klinischen Labors konnte ein Facharzt für Labormedizin (Buhler) gewonnen werden – ein Novum in Jena. Sämtliche Zentrallabors der klinischen Universitätseinrichtungen wurden von Diplom-Chemikern geleitet. Die neugeschaffene Facharztausbildung Labormedizin gab approbierten Ärzten die Möglichkeit, sich in den biochemischen/biophysikalischen Instituten (dazu die Pathobiochemie und Pathophysiologie) vorwiegend klinischrelevant auszubilden – eine Entwicklung, die sich gerade für Leitungsfunktionen in der Klinischen Chemie in der DDR erst nach der Wende durchsetzte. Herr Buhler, dem bald 2 weitere Labormediziner (Thoms, Welker) zur Seite standen, war in die klinische Tätigkeit integriert und somit ein wichtiger und erfolgreicher Helfer bei der Lösung diagnostischer Probleme. Sein wissenschaftliches Arbeitsgebiet war die Minimierung und Automatisierung analytischer Methoden, besonders von Enzymreaktionen in Mikrokammern in Serie (Kappa). Wir hatten ihn vorgesehen für die Leitung des klinischen Labors in der Klinik für Innere Medizin, er scheiterte jedoch am Mobbing des Diplomchemiker-Kartells, und er ging deshalb als Allgemeinmediziner in eine Landpraxis!

Die anfangs noch kleine Röntgenabteilung (1 Durchleuchtungsgerät, 1 Bucky-Tisch, 1 Tomograph) versuchte ich als ausgebildeter internistischer Röntgenologe noch selbst zu betreiben, konnte aber bald eine interessierte Internistin für eine Facharztausbildung gewinnen (Fink). Erst mit dem Neubau der Röntgenabteilung im Ambulatorium wurde der DDR-Standard erreicht. Die letzte Leiterin (Werner) wechselte 1980 in die Klinik für Innere Medizin und hat sich dort habilitiert.

Die Innere Medizin kommt nicht ohne Diätküche und Diät-Beratung der Patienten aus, dafür sorgte dann eine hinzugewonnene diplomierte Diätassistentin. Auch die Physiotherapie – gerade bei den multimorbiden geriatrischen Kranken sehr beliebt – erfuhr unter Leitung einer sehr kundigen Physiotherapeutin (Bösner) eine Methodenausweitung und –profilierung. Sie wurde auch ambulant genutzt.

Die Betreibung des Städt.Krhs. hatte einige Besonderheiten. So waren wir, wie eingangs gesagt, die einzige kommunale klinische Einrichtung der Stadt Jena mit nur 2 Fachrichtungen (Innere Medizin, Pädiatrie(eingeschränkt)), knapp 5 km vom Klinikum entfernt, betrieben in 5 verschiedenen Häusern. Als Vorteil empfanden wir: Eigenes Budget, eigene Leitung, eigenes Personal, eigene Verwaltung, eigene Zulieferbetriebe, eigener Fuhrpark, eigene Handwerker usw. – d. h. wir besaßen eine gewisse Autarkie und konnten somit vieles in eigener Verantwortung und Regie regeln, ohne eine übergeordnete Bürokratie. Der Wille, diese Möglichkeiten für die Weiterentwicklung zu nutzen, führte zu einem gesunden Wettbewerb der Abteilungen, der eines ideologischen Überbaus nicht bedurfte.

Das schwierigste Problem war eine zureichende Besetzung der vorhandenen Stellen des mittleren medizinischen Personals. Zum einen konnten die vorhandenen Stellen nie voll besetzt werden (im DDR-Bürokraten-Deutsch hieß das: Der Arbeitskräfteplan entsprach nicht dem Stellenplan). Es fehlte an Nachwuchs, da die Schulabgänger, insbesondere die mit besseren Noten, gerade in Jena in die Industrie gelenkt wurden. Zum anderen litten wir unter einem hohen Krankenstand, und schließlich fielen durch an sich gut gemeinte sozialpolitische Maßnahmen (Schwangerschaftsurlaub, Arbeitsunfähigkeit bei Erkrankung von Kindern, Verweigerung von Nacht- und Bereitschaftsdiensten bei mehreren Kindern) gerade in einem „Frauenbetrieb“ zusätzliche Arbeitskräfte aus. Bei Durchsicht meiner Protokollbücher der Dienstberatungen in jener Zeit stieß ich immer wieder auf Notizen wie: Dienstberatung 2. 11. 1977: Krankenstand 9,5 %, Kind krank 2,7 %, Schwangerschaft 6 = Defizit 17 Schwestern und 6 Stationshilfen. Im Jahr 1978 betrug der Arbeitskräfteausfall Schwestern im Durchschnitt 11,65 % (Spitze 18,1 %). Ein solches Defizit führte zwangsläufig zur partiellen Schließung von Stationen – was offiziell verboten war. Zur Selbsthilfe wurde eine Jugendstation eingerichtet, in der Schwesternschülerinnen (der Medizinischen Schule der Medizinischen Fakultät) unter Anleitung von qualifizierten Lehrschwestern, des Stationsarztes und zweier Oberärzte einen großen Teil ihrer klinischen Ausbildung erhielten. Die dadurch erreichte Bindung an das Haus wirkte sich günstig aus, später vor allem bei der Gewinnung qualifizierter Schwestern für die ab 1974 geplante und 1980 eröffnete Klinik für Innere Medizin. Auch die Lehrschwestern profitierten davon, zwei von ihnen qualifizierten sich durch Zusatzstudium zu Diplom-Medizinpädagogen und übernahmen nach der Wende die Leitung der Medizinischen Fachschule (Remke, Mehner).

Als im Rahmen der Aufbesserung des Schwesternberufes in der DDR die sog. „Fachschwester“ (für jeweils eine Fachdisziplin) eingeführt wurde, organisierten wir sofort einen innerbetrieblichen Qualifizierungslehrgang (Leiter OA Reinhardt), an dem 40 von 60 Schwestern teilnahmen (1977). Diese Qualifizierung bedeutete auch eine finanzielle Verbesserung.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich das Städt.Krhs. trotz schlechter Voraussetzungen (keines der 5 Häuser war je als eine medizinische Einrichtung gebaut worden !) in relativ kurzer Zeit von dem Odium „Versorgungshaus“ lösen und einen Ruf als leistungsfähiges Fachkrankenhaus für Innere Medizin erwerben konnte. Ein Indikator dafür, wenn auch nicht der bestimmende, ist die Inanspruchnahme von ärztlichem Rat und klinischer Betreuung durch sogenannte Führungskader der Stadt und des Bezirkes (Oberbürgermeister, Stadträte, Polizeichef, leitende Funktionäre) aber auch Hochschullehrer mit dem Rektor an der Spitze, dazu viele Pastoren.

In dieser Studie wird die Entwicklung des Städt.Krhs. als eines der 3 Teile der Inneren Medizin in Jena beschrieben. Sie fand in ihrem Hauptanteil unter den Bedingungen der DDR statt, deren Beschreibung und Analyse inzwischen genügend bekannt sind. Aber das Leben besteht aus einer Aneinanderreihung von Kleinigkeiten. M.a.W., es ist zu fragen, wie war man vor Ort eingebunden in dieses System, wie konnte man sich wehren, wie anpassen, wie Auswege suchen aus den vielen Mängelsituationen und Bedrückungen u.a.m., um schließlich den beruflichen Auftrag zu erfüllen. Die Antworten darauf sind stets individuell. Aber um ein belegbares Beispiel zu geben, sei die sogen. „Leitungs-tätigkeit“ eines leitenden Arztes in dieser Zeit geschildert.

In meiner Berufung bzw. meinem Arbeitsvertrag (9/62) wird meine Aufgabe definiert als „Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Städt.Krhs.Jena“. Chefarzt – nun gut, das sind wohl Aufgaben eines leitenden Arztes, wie sie in vergleichbaren Ländern Ost/West kaum unterschiedlich sein können. Aber „Ärztlicher Direktor“? Zunächst wäre diese Bezeichnung berechtigt für die „Leitung“ von klinischen (oder ambulanten) Einrichtungen neben der eigenen Fachrichtung, wie hier die Kinderinfektionsabteilung und etwas später das Ambulatorium Nord. Wofür war er dann zuständig und verantwortlich? Wiederum zunächst für die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Einrichtungen und die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen. Auch das klingt plausibel. Aber nun kommt die Besonderheit der DDR. Hier herrschte das Lenin'sche Prinzip „Einzelverantwortung und kollektive Beratung“. Der Ärztliche Direktor war der oberste Disziplinarvorgesetzte für alle Mitarbeiter, vom Oberarzt bis zur Putzfrau und zugleich verantwortlich für alles, was in seinem Leitungsbereich geschah. Die übergeordnete Hierarchie (Staatliche Leitung und Partei) wandte sich stets zuerst an ihn, gab Direktiven und Anweisungen und forderte Rechenschaft. Von der Basis her gesehen war er sowohl Beschwerdeinstanz als auch Koordinator zur Behebung von Betriebsstörungen. Eine Auswahl aus meinem Protokollbuch der Dienstberatungen habe ich in der Anlage zusammengefasst (Anlage 8). Natürlich konnten einzelne Aufgaben auch an Mitarbeiter delegiert werden (z. B. Hygienebeauftragter), aber sie waren verpflichtet, ihre Feststellungen und Maßnahmen dem Ärztlichen Direktor mitzuteilen. Letztlich verantwortlich war er.

Arzt als Manager ? Zumindestens in der damaligen Zeit war es günstig, direkt und ohne Kompetenzstreitigkeiten planen und entscheiden zu können.

3. Lehre und Forschung

3.1. Lehre (Erziehung, Ausbildung und Weiterbildung)

Bis zum September 1962 war das Städt.Krhs. eine Einrichtung, in der junge Mediziner nach dem Staatsexamen ihre Pflichtassistenz ableisten und ihre Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin

beginnen, wenn auch nicht abschließen konnten. Gerade dieser letztgenannte Mangel konnte, wie schon gesagt, durch die Erreichung des Status „Fachkrankenhaus für Innere Medizin“ beseitigt werden. Das steigerte die Attraktivität des Städt.Krhs. besonders für solche jungen Kollegen und Kolleginnen, die nicht so sehr an einer wissenschaftlichen Laufbahn in einer Universitätsklinik interessiert waren, sondern eine praxisnahe Weiterbildung vorzogen.

Dieser Satz wird nur verständlich, wenn man einige planwirtschaftliche Regelungen der DDR kennt: Der Medizinabsolvent konnte seinen weiteren Berufsweg nicht frei wählen; er wurde gelenkt, und zwar nach einem Bedarfsplan aus allen Bezirken. Einrichtungen des Gesundheitswesens (einschließlich Hoch- und Fachschulwesen, Verkehr, Polizei usw.) erhielten Weiterbildungsstellen für solche Absolventen ohne Rücksicht darauf, ob sie diese selbst zum Facharzt der gewünschten Disziplin weiterbilden konnten. Die Einrichtung war deshalb gezwungen, solche Absolventen auf die „Weiterbildungsstelle“ zu setzen (und zu bezahlen), sie aber an „Weiterbildungseinrichtungen“ zu delegieren, die sie gemäß eines „Weiterbildungsvertrages“ teilweise oder voll bis zur Facharztprüfung führten. Die Prüfungs-Erfolgsquote sprach dann für oder gegen eine weiterbildende Einrichtung. Für die Innere Medizin kam ein günstiger Umstand hinzu. Die Weiterbildungsordnung für Fachärzte (und es gab schließlich nur noch Fachärzte aller Richtungen) sah für die meisten Fachrichtungen eine Pflichtweiterbildung Innere Medizin von ½ - 1 Jahr vor. Auch diese Kollegen und Kolleginnen waren weniger an einer hochspezialisierten Hochschulmedizin als mehr an einer allgemeininternistischen Weiterbildung interessiert. Aus dem Gesagten erklärt sich die überdurchschnittlich hohe Anzahl von Weiterbildungsassistenten im Städt.Krhs. nach 1962. Dabei belasteten sie den Stellenplan des Hauses nicht. Manche nutzten ihre Zeit im Städt.Krhs. zur Erarbeitung einer Dissertation.

Völlig neu für die Mitarbeiter des Städt.Krhs. waren ab Wintersemester 1962 Aufgaben der Ausbildung von Medizinstudenten. Wie oben bereits dargestellt, hatte ich die Berufung zum Leiter des Städt.Krhs. nur unter der Bedingung angenommen, zugleich Mitglied der Medizinischen Fakultät zu bleiben. Dies wurde mir zugesagt (Anlage 9). Damit war für mich auch die Berechtigung und Verpflichtung verbunden, als Hochschullehrer Vorlesungen, Praktika und Examina abzuhalten. Aus eigener Anschauung wusste ich, wie unzureichend die praktische Ausbildung der Studenten am Krankenbett notgedrungen war, wenn im Untersuchungskurs 10 – 12 Studenten um einen Patienten und einen Lehrassistenten herumstanden. Was lag näher, als diesen Missstand dadurch abzuheben, dass das Potential des Städt.Krhs. in die praktische Ausbildung einbezogen wurde? In Absprache mit den Lehrstuhlinhabern Innere Medizin und der Fakultät wurden die Studiengruppen so aufgeteilt, dass ein Teil von ihnen ihre Ausbildung im Städt.Krhs. erhielten. Nach meiner Ernennung zum nebenamtlichen Professor 1966 (später umgewandelt in Honorarprofessor) konnten auch die an der Ausbildung beteiligten Ärzte des Städt.Krhs. als „Lehrassistenten“ einen finanziellen Zuschlag erhalten. Über die einzelnen Praktika und Lehrveranstaltungen orientieren die Anlagen 10 – 13. In diesen Anlagen sind noch nicht enthalten Lehrveranstaltungen (Vorlesungen und Praktika) Innere Medizin für Stomatologie-Studenten sowie die zugehörigen Staatsexamina nach 1972.

In der Anlage 10 wird meine Tätigkeit als Leiter der Kommission Berufspraktika innerhalb der Ständigen Kommission Erziehung und Ausbildung im Bereich Medizin der FSU erwähnt. Bereits in den Jahren 1962/63 beschäftigte sich diese Kommission mit Plänen einer Reform des Medizinstudiums.

Die Ergebnisse dieser Beratungen sind in einem Schreiben des Prodekans Prof. Bolck einschließlich Arbeitsplan enthalten (13), betreffend die Veränderung des Unterrichts in medizinischer Propädeutik, Perkussions- und Laborkurs: „Prof. Remde (Med.Klin.) und Doz. Jorke (Städt.Krhs.) prüfen gemeinsam Möglichkeiten zur Zusammenlegung im Sinne eines diagnostischen Praktikums, das zum größten Teil unter Einbeziehung des wissenschaftlichen Nachwuchses durchgeführt wird. Es wird weiterhin von beiden Herren untersucht, ob weitere Einrichtungen im Bezirk daran teilnehmen können.“

Der Beschluß des Rates der Fakultät zu Fragen der Studienreform vom 3. 12. 1963 enthält das Vorlesungsprogramm für das 1. klinische Studienjahr (14): ...“6. Bei einem Teil der Studenten werden in Zusammenarbeit mit dem Herrn Bezirksarzt die Praktika und ein Teil der Vorlesungen der Inneren Medizin auch im Städt.Krhs. Jena, dem Kreiskrankenhaus Saalfeld, dem Bezirkskrankenhaus Gera und evtl. im Kreiskrankenhaus Eisenberg insgesamt ca. 100 Studenten) durchgeführt. ...Um die Dezentralisierung des Unterrichts zu erleichtern, wird der Unterricht der Inneren Medizin im Frühjahrssemester 1964 auf die Tage Montag und Dienstag gelegt. Liste der Lehrassistenten des Städt.Krhs: 8. ... 10. Am Ende eines jeden Semesters werden von den Direktoren der Einrichtungen, die am Unterricht beteiligt sind, gemeinsam mit den Oberärzten und Lehrassistenten erarbeitete kurze Erfahrungsberichte dem Dekan zur Auswertung durch die Fakultätsleitung und die Studienreform-Kommission zugeleitet.“ Dieser Reform war ein Probelauf in der Med. Klinik und im Städt.Krhs. vorausgegangen, der bei den Studenten begeisterte Zustimmung erbracht hatte. Nach morgendlicher kurzer theoretischer Unterweisung lernten sie ganztätig am Krankenbett und im Labor die Vielfalt klinischer Untersuchungsmethoden in Verbindung mit konkreten Krankheitszuständen (s. a. Bericht 1949-1979, S. 89, Anlage 4). Weiterhin flossen unsere Erfahrungen bei der Gestaltung der Berufspraktika (BP Stationäre medizinische Betreuung, BP Labordiagnostik, Klinisches Praktikum (Pflichtassistenz im 6. Studienjahr) über die Studienplanung der Fakultät in die Planung der berufspraktischen Ausbildung (Medizin) in der DDR ein. Die konzeptionelle Arbeit wurde dann von Herrn Prof. S. Müller (Med.Klin.) übernommen und erfolgreich weiterentwickelt.

Für die ärztlichen Mitarbeiter im Städt.Krhs. die nun als Lehrassistenten tätig wurden, erforderte diese neue Funktion eine „erzwungene Fortbildung“, wie sich eine ältere Kollegin jetzt schmunzelnd erinnerte. Die Studenten – frisch nach dem Physikum – stellten Fragen nach neuen Erkenntnissen, die den älteren Kolleginnen und Kollegen meist nicht geläufig waren. Diesem verständlichen Mangel begegneten wir mit einer innerbetrieblichen Fortbildung, und so kam der Wissenszuwachs nicht nur den Studenten, sondern auch letztlich auch der klinischen Tätigkeit zugute.

Abschließend ist festzustellen, dass das Städt.Krhs. mit dieser Entwicklung einen Status erreichte, den wir heute als „Akademisches Lehrkrankenhaus“ bezeichnen würden.

3.2. Forschung

Über frühere Forschungsarbeiten (wissenschaftliche Arbeiten), die in Publikationen ihren Niederschlag gefunden hätten, ist bis zum September 1962 nichts bekannt. Angesichts der eingangs geschilderten Aufgabe des Städt.Krhs. als Versorgungskrankenhaus wäre es auch kaum zu erwarten gewesen.

Mit meiner Berufung zum Leiter des Städt.Krhs. und damit Austritt aus der Medizinischen Klinik wollte ich nicht schlagartig meine eigenen wissenschaftlichen Arbeiten ad acta legen, sondern versuchen, zumindestens die laufenden Projekte zum Abschluß zu bringen. Dazu hatte ich einige Doktoranden zu

betreuen, neue kamen hinzu und baten um Themen. In dem Maße, in dem wissenschaftliche Fragestellungen diskutiert wurden, wuchs unter den Mitarbeitern das Interesse an der Untersuchung und Lösung solcher Probleme, zum Teil als Mitarbeiter im Team, zum Teil als selbständiger Bearbeiter. Die Erfolge der nun eigenen Arbeiten, ablesbar an Publikationen und eigenen Vorträgen, stimulierten weiterhin. Es kam hinzu, dass im Rahmen der o.g. Personalerweiterung eine Reihe bereits wissenschaftlich erfolgreicher Mitarbeiter (mehrheitlich aus der Med. Klinik) ins Städt.Krhs. kamen, darunter u.a. ein Facharzt für Klinische Pharmakologie und ein Facharzt für Labormedizin. So entstand ohne jeden Zwang von außen oder von „oben“ eine Atmosphäre wissenschaftlichen Interesses und auch eines gewissen Ehrgeizes. Die Fülle der von 1962 bis 1980 bearbeiteten Themen wie sie aus der Auflistung der Vorträge und Publikationen 1962 – 1970 hervorgeht, spricht für sich (Anlage 14).

3 Hauptrichtungen schälten sich dabei heraus. Einmal brachte ich selber das Thema „Lymphoidzellen“, über das ich mich habilitiert hatte, mit, dazu erste Versuche mit der Hautkammer-Methode. Herr Ruffert entwickelte diese Methode erfolgreich weiter und machte sie zum Thema seiner Habilarbeit. In einem zweiten Themenkomplex wurde von Herrn Kiesewetter (Klinischer Pharmakologe und Internist) Herz-Kreislauf-erkrankungen unter epidemiologischen und klinisch-pharmakologischen Aspekten bearbeitet. Die wissenschaftlichen Ergebnisse dieser Studien bildeten die Grundlage für die Habilitation von Herrn Kiesewetter. Der dritte und umfangreichste Themenkomplex waren Leberkrankheiten mit dem Schwerpunkt Epidemiologie chronischer Lebererkrankungen. Mit diesem Thema habilitierte sich schließlich Herr Reinhardt. Die Auflistung aller Publikationen und Vorträge lässt auch die Vielzahl der beteiligten Kolleginnen und Kollegen, sowie der abgeschlossenen Dissertationen zur Promotion A und der Diplomarbeiten erkennen. Als besonders hilfreicher und uneigennütziger Kollege hat sich stets Herr OA Dr. Mannstadt erwiesen, der jedoch eine eigene Habilitation ablehnte. Auf Einzelheiten soll hier nicht mehr eingegangen werden, die Publikationen sprechen für sich. Insgesamt ergeben jedoch 3 Habilitationen (damals Promotion B), 158 wissenschaftliche Publikationen, 310 Vorträge im In- und Ausland, 24 Promotionen (A) und 39 Diplomarbeiten eine achtbare Bilanz (Anlage 14). Natürlich war eine Reihe von Vorträgen auch Fortbildungsvorträge. Aber sie fußten damals auf eigenen wissenschaftlichen Erfahrungen. Die wissenschaftlichen Leistungen waren keine bahnbrechenden Spitzenleistungen. Wie hätten wir als tagtäglich hart arbeitende Kliniker dies nebenbei noch leisten können? Ich hatte es selber schmerzhaft zu spüren bekommen: Als ich aus meinem Forschungslabor in der Med. Klinik ins Direktorzimmer im Städt.Krhs. umziehen musste, da war keine Zeit mehr für stundenlanges Arbeiten am Elektronenmikroskop. Und da wir keine Möglichkeiten besaßen, in der Hepatologie molekularbiologisch zu arbeiten, bauten wir die Möglichkeiten aus, aus großen Datenmengen epidemiologische Erkenntnisse zu erschließen. Mit den wissenschaftlichen Ergebnissen konnten wir uns in zentrale Forschungsprojekte der DDR einbringen:

1. Chronisch-rheumatische Erkrankungen (Immunologie der weißen Blutzellen),
2. Gastroenterologie-Hepatologie (Leitung der Arbeitsgruppe „Epidemiologie chronischer Lebererkrankungen“),
3. Herz-Kreislauf-erkrankungen (Klinische Pharmakologie und Epidemiologie),
4. Neonatologie (Pädiatrische Abteilung).

Die über diese Forschungsprojekte eingeworbenen Gelder ermöglichten erst die Bearbeitung der Themen, insbesondere die intensive Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung (EDV).

Die relativ starke Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter des Städt.Krhs. an der ärztlichen Fortbildung im Bezirk Gera und darüber hinaus resultierte auch an ihrem Engagement für zentrale Fortbildungsveranstaltungen. 1969 war ich zum Vorsitzenden der Gesellschaft der Ärzte des Bezirkes Gera gewählt worden. In der Legislaturperiode bis 1973 wurden 4 Allgemeine Ärztetage in Gera, einschließlich Schwesterntagungen durchgeführt. Es gelang dann die Zusammenführung der medizinischen Fachdisziplinen zu jährlichen interdisziplinären Gemeinschaftstagungen in Saalfeld. Aus der aktiven Mitarbeit unserer Ärzte resultierten dann zunehmende Vortragsverpflichtungen besonders in den obligatorischen Fortbildungen und in Veranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fortbildung. Aus der Tatsache, dass ich seit 1969 sowohl im Vorstand der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR als auch der Gesellschaft für Hämatologie und Bluttransfusion der DDR tätig war, erwuchs die Chance, unseren Mitarbeitern die Vorstellung eigener Untersuchungsergebnisse auf Fachkongressen mit internationaler Beteiligung zu ermöglichen. Dies führte wiederum zu Einladungen solcher Kollegen zu internationalen Aufenthalten und Kongressen.

4. Sonstiges

4.1. Sondereinrichtungen

4.1.1. Thrombose-Zentrale / Herz-Kreislaufdispensaire (Goetheallee 23)

Herr Prof. W. Remde, einst Oberarzt der Med. Klin. und nach Emeritierung von Prof. Brednow (31.1.63) eine Zeitlang Kommissarischer Direktor der Med. Klinik, hatte aus seinen Forschungen zur Hämostaseologie heraus ein Institut für Blutforschung und Blutspendewesen in Räumen der Gerichtsmedizin (Goetheallee (heute Fürstengraben) 23) entwickelt. Neben einer dort schon etablierten kleinen Blutspendezentrale wurden alle Patienten in Jena und Umgebung, die auf die von Remde eingeführte Antikoagulantien-Langzeit-Therapie eingestellt waren, überwacht. Diese Patienten kamen ambulant zur Kontrolle ihres Prothrombin-Spiegels und anderer Gerinnungsparameter, wurden ärztlich beraten und erhielten ihren Behandlungsplan bis zur nächsten Kontrolle. Die damals zum Standard werdende Antikoagulantien-Therapie der Herzinfarkte führte dazu, dass diese Patienten zum Hauptstamm der so Betreuten wurden.

Mit Gründung einer Gebietsblutspendezentrale des Klinikums und unter Begründung, dass die Überwachung der Antikoagulantien-Therapie eine Versorgungsleitung sei, wurde die Thrombosezentrale am 1. 9. 1970 zum örtlich geleiteten Gesundheitswesen übergeleitet (Kooperationsvertrag zwischen dem örtlichen Staatlichen Gesundheitswesen und dem Bereich Medizin vom 25.10. 1970 (12)). Die Verantwortung für die weitere Betreibung der Einrichtung wurde dem Städt.Krhs. zugewiesen. Über diese Vorgänge, die Betreibung und die Leistungen orientiert eine Chronik der Jahre 1970 – 1979 (Anlage 15). Das Städt.Krhs. delegierte 3 Ärztinnen (Leiterin Frau OA Hubrig) und 7 Schwestern bzw. MTAs in diese Einrichtung. Erfreulicherweise betrachteten sich die Mitarbeiter nicht als reine Dienstleister, sondern entwickelten ein Herz-Kreislauf-Dispensaire zur fachärztlichen Betreuung der Patienten (etwa 1000 als Stamm). Sie übernahmen die Führung des Herzinfarktregisters für Jena Stadt und Land, das wertvolle epidemiologische Daten über viele Jahre hinweg lieferte.

Schließlich führte Herr OA Kiesewetter, Städt.Krhs., in den Räumen zusätzlich ein Spezialdispensaire für Hypertonie-Patienten durch, auch aus wissenschaftlichem Interesse. In einer Beratung zu Problemen der Herz-Kreislauf-Zentrale (Thrombosezentrale) und Betreuungsleistungen der Sektion

Sportwissenschaft der FSU vom 22. 9. 1978 findet sich eine „Würdigung der hervorragenden wissenschaftlichen und betreuungswirksamen Leistungen des Herzinfarktbekämpfungsprogramms der Stadt Jena“ durch die genannten Einrichtungen und dem Sportmedizinischen Dienst (15).

Im Zuge des Rechtsträgerwechsels des Städt.Krhs. zum Klinikum der FSU am 1. 1. 1980 wurde lt. Vertrag vom 8. 1. 1980 der Zentrale Thrombosedienst aus dem Städt.Krhs. ausgegliedert und in die Kreispoliklinik des Rates der Stadt Jena eingeordnet (16).

4.1.2. Spezialsprechstunden

Außer der o.g. Hypertonikersprechstunde richteten einzelne Arbeitsgruppen Spezialsprechstunden ein, um für die von ihnen behandelten Patienten eine qualifizierte Nachsorge zu gewährleisten.

- Lebersprechstunde zur Nachsorge von Patienten mit akuter Hepatitis, besonders bei erkennbarer Tendenz eines Übergangs in eine chronische Hepatitis. Dies traf besonders für eine Gruppe junger Frauen zu, die im Rahmen einer Anti-D-Prophylaxe während ihrer Schwangerschaft durch eine verseuchte Charge infiziert worden waren. Diese Virusinfektion wurde zunächst als NonA-non-B-Hepatitis bezeichnet. Seren von solchen Patienten wurden eingefroren, und nach der Wende konnte damit der Beweis erbracht werden, dass es sich um eine Hepatitis-C-Infektion gehandelt hat. Wie jetzt bekannt, nimmt diese Hepatitisvariante gehäuft einen chronischen Verlauf, was schon damals auffiel. Alle betroffenen Frauen aus dem Einzugsgebiet der Univ.-Frauenklinik wurden in unserer Spezialsprechstunde ärztlich betreut (Kromholz, Steinhauer), z. T. jahrelang. Auch die Begutachtungen wegen Minderung der Arbeitsfähigkeit liefen über diese Sprechstunde, z. T. als Obergutachten für die Versicherung.
- 1974 hatten Mitarbeiter der Med. Klinik (Kühn), des Pathologischen Instituts (Stiller) und des Städt. Krhs. (Ruffert, Jorke) eine zentrale Lymphomsprechstunde gegründet, um für jeden dort vorgestellten Patienten interdisziplinär einen individuellen Diagnostik- und Therapieplan zu erarbeiten. 1976 konnte nach einem mehrmonatigen Vorlauf aus 2 Stationen die hämatologisch-onkologische Abteilung des Städt.Krhs. gegründet werden, und zur Nachsorge der dort oft über Monate hinweg periodisch behandelten Patienten (Chemotherapie) entstand gleichzeitig eine Spezialsprechstunde (Ruffert, Jahn).
- Aus der Notwendigkeit, schwer einstellbare Diabetiker unter praxisnahen Bedingungen (Blutzuckerkontrollen, Spritztechnik, Diätetik) optimal einzustellen, schuf die Diabetes-Abteilung (Dietze, Victor, Müller) die Möglichkeit der tagesklinischen Betreuung solcher Patienten.

4.1.3. Patienten-Informations-Verarbeitung (PIV)

1977 hatte der weit voraus denkende Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie des Bereiches Medizin, Dr. Kunath (später als Prof. zur Leitung des Institutes für Informatik der TU Dresden berufen) ein elektronisches System zur Erarbeitung von datengerechten und maschinell administrativen Basisinformationen von Patienten mit dem Ziel eines maschinell erstellten Arztbriefes entwickelt (PIV). Im Bereich Medizin fand Herr Kunath keine Partner. Das Städt.Krhs. stellte sich deshalb als Pioniereinrichtung zur Einführung des PIV-Systems zur Verfügung. Dazu wurde ein Terminal erstmalig im Städt.Krhs. aufgestellt, der tägliche Datenlisten für den Ärztlichen Direktor lieferte (z. B. Belegungslisten). Das ehrgeizige Ziel der Erstellung eines elektronischen Arztbriefes konnte zwar nicht erreicht werden, dafür aber die Erkenntnis, dass die Individualität des Krankheitsberichtes nach wie vor vom

Arzt zu leisten ist, aber alle „harten Daten“, z. B. Laborwerte, Medikamente usw., durchaus maschinell ausgedruckt beigelegt werden können.

Die enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Kunath-Garschke ermöglichte zusätzlich gezielte epidemiologische Recherchen anhand der Signierleisten der Krankenblätter (z. B. Chronische Lebererkrankungen, Haemochromatose, Diagnosevergleiche; siehe Publikationsverzeichnis Anlage 14) im Bezirk Gera und in der gesamten DDR.

4.1.4. Betriebsklima, Politische Situation

Die älteste noch lebende Ärztin des Städt.Krhs., die ehemalige Leiterin der Diabetesabteilung (1953 - 1986) beschreibt das Betriebsklima als sehr gut, wobei sie die verständnisvolle Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Schwestern hervorhebt. In den Kollektiven herrschte ein fast familiärer Ton, Hilfsbereitschaft war so selbstverständlich, dass darüber gar nicht gesprochen werden musste. Politische Irritationen gab es nicht, wir lebten in dieser Hinsicht „auf einer Art Insel“, wie OA Dr. Mannstadt in seinen „Anmerkungen zur Geschichte des Städt.Krhs. Jena“ (s. Anlage 7) schreibt. Weitere Einzelheiten siehe dort.

Eine sehr kleine Betriebsgruppe der SED wurde angeführt von dem schon mehrfach erwähnten OA Dr. Kieseewetter. Von ihm stammt eine „Einschätzung der politisch-ideologischen Situation unter den Ärzten im Städt.Krhs Jena“ (Anlage 17), die für sich spricht.

Es war gelungen, systemkritische Ärzte, die an der Universität oder anderswo politisch missliebig, sogar fristlos entlassen worden waren (z. B. Dr.med.Eckstein, dem später von uns aus der Sprung zum Chefarzt des Krankenhauses Schleiz gelang), im Krankenhaus anzustellen und zu fördern.

4.1.5. Am 18.12.1973 wurde der Ärztliche Leiter des Städt.Krhs. vom Oberbürgermeister der Stadt Jena als Leiter der medizinischen Expertengruppe für die Vorbereitung und Durchführung der neu zu erreichenden medizinischen Einrichtung in Neulobeda mit einer Größenordnung von 400 Betten berufen (s. Anlage 16). Aus dieser Berufung entwickelte sich später die Leitung des Investitionsauftraggebers. Diese Vorgänge sind in einer eigenen ausführlichen Studie beschrieben (17).

Mit dem Bau der Klinik für Innere Medizin (KIM) war auch der Plan verbunden, die 3 Einrichtungen der Inneren Medizin in Jena (Med. Klinik, Med. Poliklinik, Städt.Krhs.) zu einer Einheit zusammenzuführen. Dabei konnte schon frühzeitig Übereinstimmung erreicht werden, das Städt.Krhs.per Rechtsträgerwechsel der FSU zuzuführen (s.u.)

Für alle Mitarbeiter des Städt.Krhs. wurde klar, dass für sie sowohl die Aufgabe als auch die Chance bestand, bei der Vorbereitung und später bei der Betreibung dieser neuen Univ.-Klinik mitzuwirken. Jeder wurde dazu befragt. Im Endeffekt gestalteten und besetzten Mitarbeiter des Städt.Krhs. folgende Teilbereiche der KIM: Abteilung Allgemeine Innere Medizin, Abteilung Internistische Onkologie, Abteilung Endokrinologie/Diabetologie, Station Hepatologie in der Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie. Zu ihren späteren Leistungen gibt u.a. ein Bericht über 10 Jahre Klinik für Innere Medizin des Bereiches Medizin (18) Auskunft.

In den Arbeitsthemen zur Aktualisierung des Kommunalvertrages zwischen dem Rat der Stadt Jena und der FSU (Staatliches Gesundheitswesen und Bereich Medizin vom 3.12.1975 (19)) wird eine Abstimmung zur Profilbestimmung des Städt.Krhs. als Einrichtung für Infektionskranke und als Krankenhaus für Geriatrie zwischen den Vertragspartnern abgeschlossen und in den

Kommunalvertrag Januar 1976 übernommen. Eine Aktennotiz über eine Beratung des Rektors mit dem OB am 24. 3. 1977 bestätigt diese Planung (Anlage 18).

Unter Leitung des Direktors für Planung und Ökonomie der FSU und im Auftrag des Rektors erarbeitete eine Arbeitsgruppe einen „Vorschlag zur Nachnutzung der Medizinischen Klinik und des Städt.Krhs.“ (15. 11.1 1979, Anlage 19). Er fußte, was das Städt.Krhs. anging, auf einer Studie (9/79): „Rekonstruktion des Städt.Krhs. zur Klinik für Geriatrie und Infektionskrankhauses“ der Abteilung Grundfondsplanung (Ing. Müller, Leitarchitekt Beck, Anlage 5). Diese Studie enthält eine mit dem designierten Leiter des Städt.Krhs. nach dem Rechtsträgerwechsel, Herr Prof. Siering, und dem Verwaltungsleiter Herrn Hoge abgestimmte Aufgabenstellung des Prorektors für Medizin. Die sich daraus und den bautechnischen Analysen ergebenden Rekonstruktionsmaßnahmen würden Kosten von 4860 TM verursachen. In dem o.g. „Vorschlag ...“ heißt es deshalb (Anlage 19, Blatt 5): „So wünschenswert eine rekonstruierte Klinik wäre, so illusorisch ist jedoch auch gegenwärtig ihre Verwirklichung. Es muß im unmittelbaren Zusammenhang mit den jüngsten Beschlüssen zur Investitionspolitik davon ausgegangen werden, dass der FSU derartige Bauanteile in den nächsten Jahren nicht zur Verfügung stehen. Deshalb wurde geprüft, inwieweit die Klinik überhaupt weiter betrieben werden kann.“ Eventuell könnte durch Reduzierung der Bettenkapazität von 212 auf 135 Betten und einem relativ geringen Renovierungsaufwand das Krhs. weiter betrieben werden.

Mit dieser nüchternen und zugleich fast prophetischen Aussage war das weitere Schicksal des Städt.Krhs.vorprogrammiert.

III. Periode (1980 – 1996)

1. 1980 – 1987

Zur Vorbereitung des Rechtsträgerwechsels des Städt.Krhs. zur FSU per 1. 1. 1980 wurden detaillierte Verträge zwischen dem Rat der Stadt Jena und der FSU geschlossen (15. 6. 1979, 28. 12. 1979, 8. 1. 1980), Details s. Aktenbestand des UAJ (16). Damit werden das Ambulatorium Nord, der Zentrale Thrombosedienst und die Station 9 Rödigenweg vom Rechtsträgerwechsel ausgenommen und verbleiben beim örtlich geleiteten Staatlichen Gesundheitswesen.

Am 1. 6. 1980 übernahm Herr Prof. Siering, bisher Med. Klinik, die Leitung der Einrichtung, die den Namen „Städt.Krhs, Fachkrankenhaus Innere Medizin“ mit dem Zusatz „Bereich Medizin der FSU“ beibehielt. Das Städt.Krhs. gehörte nun als teilselbstständiger Bereich zur Klinik für Innere Medizin. Die Leitung war Mitglied des Klinikrates der KIM, der wiederum geschäftsführend von einem jeweils wechselnden Vorsitzenden geführt wurde.

Wenn bis zum Rechtsträgerwechsel es die besondere Position des Städt.Krhs. im Gesundheitswesen der Stadt Jena, wie oben dargestellt, ermöglichte, die baulichen und Einrichtungsmängel soweit zu kompensieren, dass nicht nur der Betrieb gewährleistet, sondern auch eine beachtliche Entwicklung möglich war, so wurde all dies mit einem Mal gestoppt. Einmal war die Universität, wie unter 4.1.5. geschildert, nicht gewillt (und wohl auch nicht in der Lage), in das übernommene Objekt zu investieren. Zum anderen waren auch durch den Übertritt vor allem der forschungsinteressierten Ärzte, Schwestern und MTA in die KIM ein personeller Aderlass entstanden. Der Plan, unter diesen

Bedingungen eine Profilierung zu einer Universitäts-Klinik für Geriatrie und Infektionskrankheiten aufzubauen und voranzutreiben, war, wie sich später immer mehr zeigte, eine Illusion. So bekannte der Prorektor für Medizin Prof. Wessel (zugleich einer der beiden Direktoren der KIM) in einem Brief an den Stellvertretenden Minister für Gesundheitswesen der DDR vom 15. 3. 1984 (Anlage 20), dass nunmehr von einer Profilierung in eine Klinik für Geriatrie Abstand genommen wird (Anlage 20). Dazu werden u. a. folgende Gründe angeführt: In den Jahren nach 1980 ist eine Selektionierung von alten, chronisch Kranken und schlechter Prognose eingetreten. Eine optimale Versorgung, insbesondere eine intensiv-medizinische Betreuung dieser Patienten ist ökonomisch unvertretbar. Und schließlich sei der Genosse Minister Böhme der Meinung, dass die „Auffassungen über die Zweckmäßigkeit geriatrischer Kliniken im nationalen wie internationalen Maßstab unter den Wissenschaftlern auseinander“ gehen. Deshalb wird in diesem Schreiben die Schaffung folgender Strukturen vorgeschlagen:

Abteilung für Infektionskrankheiten
 Abteilung für Stoffwechselerkrankungen
 im Leitungsbereich Prof. Jorke

und

Abteilung für Pulmonologie
 Abteilung für Allgemeine Innere Medizin
 im Leitungsbereich Prof. Wessel.

Die Schwierigkeiten, auf die Prof. Siering stieß, hat er in einem Brief vom 9. 2. 1981 an den Prorektor für Medizin (Anlage 21) dargestellt. Wie Herr Mannstadt (Anlage 7) schildert, konnte jedoch das „gut funktionierende System“ im wesentlichen beibehalten bleiben.

2. 1987 – 1990

Nach Emeritierung von Prof. Siering 1987 wurde die im Schreiben des Prorektors Wessel vom 15. 3. 1984 (Anlage 20) enthaltene Umstrukturierung des Städt.Krhs. mit Aufteilung in 2 Leitungsbereiche und 4 Fachabteilungen eingeführt (s.o.). Aus meiner persönlichen Sicht war dies eine unglückliche Lösung, und Herr Mannstadt schildert in seinen Anmerkungen (Anlage 7) recht drastisch ihre Nachteile. Die unterschiedlichen Leitungsstile und Kompetenzen, die in der KIM durch die täglichen Kontakte ausgeglichen werden konnten, wirkten sich in der räumlichen Entfernung negativ aus. Die Mitarbeiter, an eine Einheitlichkeit der Leitung gewöhnt, wurden zunehmend verunsichert und demotiviert. Am meisten profitierte die Diabetes-Abteilung von der neuen Struktur. Unter Anleitung des Leiters der Abteilung Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der KIM, Herrn Doz. Schambach (Leitungsbereich Jorke), erweiterte sich die Diabetes-Abteilung von 18 auf 30 Betten. Dank des energischen Engagements des damaligen Stationsarztes (heute Prof.U.A.Müller) konnten innerhalb kurzer Zeit bemerkenswerte Leistungen erbracht werden (siehe „10 Jahre Klinik für Innere Medizin“ (Anlage 18) und „Anmerkungen...“ von Herrn Mannstadt (Anlage 7)). Wie Herr Mannstadt richtig schreibt, wurde mit der Einführung der strukturierten Schulung für Diabetiker und Angehörige und der intensivierten kontrollierten Insulintherapie bereits im Städt.Krhs. der Grundstein für eine in Deutschland führende diabetologische Abteilung in der KIM gelegt, zu der Herr Müller später überwechselte.

3. 1990 – 1996

Erst mit der Wende 1989/90 konnte der Missstand der Leitungsteilung insofern überwunden werden, als Herr OA Mannstadt, der „Gute Geist des Städt.Krhs.“, vom Dekan und vom Geschäftsführenden Direktor der KIM (Prof. S. Müller) als kommissarischer Leiter des Hauses Dornburger Straße der Klinik für Innere Medizin eingesetzt wurde. Damit war wenigstens der innere Zusammenhalt in der Einrichtung gewährleistet, wenn auch die Zukunft nicht gesichert.

Als im Sommer 1990 in Vorbereitung der Wiedervereinigung beider Teile Deutschlands das Mitglied des Wissenschaftsrates der Bundesrepublik, Herr Prof. van der Loo, Internist in Münster, unsere Einrichtungen besichtigte, sagte er nur kurz und knapp: „Die Einrichtung Dornburger Straße kann als Klinik nicht weiter betrieben werden, schon gar nicht als Universitäts-Klinik.“

Mit einer rigorosen Schließung wäre jedoch das Bettenproblem Innere Medizin im Raum Jena (Grundversorgung !) nicht zu lösen gewesen, es hätte sich vielmehr verschärft. Zunächst wurde versucht, durch Umschichtungen in der KIM mehr Platz zu schaffen. Die Abteilung Psychotherapie zog in die kaum noch genutzte Infektionsabteilung ein, das Institut für Immunologie erhielt zusätzlich Betten.

Nach Emeritierung von Prof. Jorke (9/92) und Weggang von Prof. Wessel wurde die Leitung der Restkapazität Herrn Prof. Bosseckert (Klinik I KIM) übertragen und OA Mannstadt als leitender OA bestimmt. Das Auslaufen dieser Klinik war vorhersehbar, was eine Abwanderung vieler Mitarbeiter zur Folge hatte.

Die Universitätsleitung entschied sich schließlich, die Einrichtung als Klinik zu schließen und sie für Institute der Biologisch-Pharmazeutischen Fakultät, für das Institut für Klinische Pharmakologie und das Institut für Geschichte der Medizin umzubauen. Die Restkapazitäten, die für die stationäre Versorgung der Patienten im Raum Jena unverzichtbar waren (Infektionsabteilung, Station für geriatrische Patienten) kamen 1996 in einem Verfügungsbau im Anschluß an die KIM unter, der u.a. wegen einer Spezialstation für Knochenmarktransplantationen gebaut wurde. Mit dem Umzug der letzten Patienten und der sie betreuenden Mitarbeiter in dieses Gebäude endet die Geschichte des Städt.Krhs. Jena.

Nachwort

Diese Studie ist nicht für eine Publikation verfasst, sondern gedacht als Beitrag eines Involvierten für die Arbeit von Historikern.

Anlagen

- 1 Verwaltungsbericht 1946
- 2 Verwaltungsbericht 1947
- 3 Zeitungsnotizen zum Städtischen Krankenhaus 1947 – 1952 (96)
- 4 Das Städt. Krankenhaus Jena 1949 – 1979. Ein Bericht
- 5 Studie. Rekonstruktion des Städt. Krankenhauses zur Klinik für Geriatrie und Infektionskrankheiten
- 6 Zeitungsartikel Ambulatorium Nord 1967 – 1999
- 7 Dr. C. Mannstadt: Anmerkungen zur Geschichte des Städtischen Krankenhauses Jena (1969 – 1996)
- 8 Auswahl von Themen und Entscheidungen aus Dienstberatungen des Ärztlichen Direktors 1977 – 1979
- 9 Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät
- 10 – 13 Lehrverpflichtungen
- 14 Städtisches Krankenhaus 1962 – 1979
Wissenschaftliche Publikationen, Vorträge, Promotionen, Diplomarbeiten
- 15 Der Zentrale Thrombose-Dienst / Herz-Kreislauf-Dispensaire
Chronik 1970 – 1979
- 16 Berufung Prof. Jorke als Leiter der Expertengruppe für die Vorbereitung und Durchführung der neu zu errichtenden medizinischen Einrichtung
- 17 Einschätzung der politisch-ideologischen Situation unter den Ärzten im Städtischen Krankenhaus Jena (1975) (Dr. Kiesewetter)
- 18 Beratung des Rektors mit dem Oberbürgermeister der Stadt Jena am 24. 3. 1977 u.a. Rechtsträgerwechsel Städt.Krhs.
- 19 Vorschlag zur Nachnutzung der Medizinischen Klinik und des Städtischen Krankenhauses (15. 11. 1979)
- 20 Entwicklungskonzeption „Innere Medizin“ 15. 3. 1984 Prorektor Medizin
- 21 Prinzipielle und spezielle Probleme des Städt.Krhs. (Prof. Siering) 9. 2. 1981

Literatur

- 1 Giese, E., Hagen, B. von.: Geschichte der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena. VEB G. Fischer Verlag Jena 1958, 411 ff
- 2 UAJ Verwaltungsarchiv No 4399 Verwaltungsdirektor 1979 – 1982 Blatt 4
- 3 SAJ D VI e, 5.1. Aktenzeichen BI, VI e, 5 Bd 1 Rd. Erl. d. GBB, d. Ch. d. OKW u. d.

- GWB vom 21. 10. 1939
- 4 w. o. S. 90
 - 5 w. o. S. 243
 - 6 SAJ B I, VI e, 5, 3. Allgemeine Akten Hilfskrankenhäuser
 - 7 sie 3, S. 330
 - 8 Tomesch, : Walter Brednow. Leben und Werk
Dissertation Med. Fak. d. FSU 2003
 - 9 TSAR Bestand BPA SED Gera IV, 54 Perspektivplan der Abt. Gesundheitswesen
d. Rates d. Stadt Jena 1954
 - 10 UAJ 2002 Jorke, D.: Klinik für Innere Medizin (KIM) der Friedrich-Schiller-Universität.
Der lange Weg eines Klinikneubaus.
 - 11 TSAR BPA SED Gera IV/4/06/128 Ärzteflucht 1958, 59, 60.
 - 12 UAJ Bestand S II, 19 (25. 10. 1970) Kooperationsvereinbarung zwischen dem
örtlichen Staatlichen Ges.wesen und dem Bereich Medizin
 - 13 UAJ Bestand L, 671 Bd 1 1962/63 Reform des Medizin-Studiums
 - 14 UAJ Bestand L, 671 Bd 2 1963/64 Reform Medizinischen Fakultät
 - 15 UAJ Bestand S II, 387 Bereich Medizin Aktennotiz der Beratung zu Problemen
der Herz-Kreislauf-Zentrale (Thrombosezentrale) 22. 9. 1978
 - 16 UAJ Bestand S II, 275 Rechtsträgerwechsel des Städt. Krhs. 1977
 - 17 UAJ 2002, Jorke, D.: Klinik für Innere Medizin (KIM) der Friedrich-Schiller-Universität
Jena. Der lange Weg eines Klinikneubaus.
Medizin
 - 18 Auftrag – Entwicklung – Ergebnisse. 10 Jahre Klinik für Innere Medizin des Bereiches
Friedrich-Schiller-Universität 1990
 - 19 UAJ Bestand S II, 387 Bereich Medizin Profilbestimmung des Städtischen
Krankenhauses 1975

Abkürzungen

- SAJ = Stadtarchiv Jena
 TSAR = Thüringisches Staatsarchiv Rudolstadt
 UAJ = Universitätsarchiv Jena

Anlage 8

Auswahl von Themen und Entscheidungen aus Dienstberatungen des Ärztlichen Direktors 1977 – 1979

Die „Dienstberatung“ war die Beratung des ÄD mit seinem Leitungskollektiv, d.h. den Oberärzten, der Oberschwester, dem Leiter des Ambulatoriums, dem BGL-Vorsitzenden und dem Sekretär der BPO (Betriebsparteiorganisation der SED), die etwa einmal wöchentlich stattfand. Sie ist nicht zu verwechseln mit der morgendlichen Dienstbesprechung mit allen Ärzten mit ausschließlich ärztlichem Inhalt.

Erläuterungen sind in Klammern gesetzt.

- Aufstellung der jährlichen Pläne:
Haushalt, bauliche Massnahmen, Instandsetzung, Geräte, Handwerkereinsatz, Ordnung und Sicherheit; Jugendförderung, Arbeits- und Lebensbedingungen
- Kontrolle des Erfüllungsstandes der Pläne, Organisieren des Wettbewerbs der Kollektive, Vorbereitung bzw. Beurteilung der Wettbewerbsverteidigung (meist zu bestimmten Anlässen, wie Frauentag, Tag des Gesundheitswesens)
- Vergabe von Prämien (ein bestimmter Anteil des Lohnfonds wurde im Prämienfonds zurückgehalten, um durch gezielte Vergabe besondere Leistungen zu belohnen sowie materielle wie ideelle Anreize zu schaffen. Diese Vergabe bedurfte eines besonderen Fingerspitzengefühls, um keine Benachteiligungen und keinen Neid zwischen und in den Kollektiven entstehen zu lassen).
- Arbeits-/Brandschutz (der ÄD hatte dazu eine zertifizierte Prüfung abzulegen) mit regelmäßigen Kontrollgängen durch sämtliche Räume und Anlagen, Kontrolle der Arbeits-/und Brandschutzbücher der Abteilungen.
- Hygiene-Probleme (z. B. Maden im Knäckebrötchen, Schaben auf allen Stationen und Küche, offen gelassene Müllsäcke, Vergasung ganzer Gebäudeteile, Umstellung der Textilwäsche auf das Thermo-Desinfektions-Waschverfahren, Umbau eines Kellers für Dampfdrucksterilisation und Spritzenzentrale (mangels Einwegmaterialien!), bakteriologische Kontrollen in der Küche).
- Umfunktionieren eines Studentenwohnheims zu einer Isolierabteilung für Ruhrkranke in Jena innerhalb von 24 Stunden (~ 100 Betten).
- Kadergespräche (Bewerbungen, Einstellungen, Weiterbildungsverträge, Aufhebungsverträge u.a.), Personalgespräche (persönliche Probleme von Mitarbeitern, Streit schlichten, Hilfe bei Wohnungsproblemen u.a.)
- Disziplinarverfahren als Vorsitzender der Konfliktkommission
- Sofortmaßnahmen bei Personalmangel, z. B. Stationssschließungen oder Abdelegieren eines Stationsassistenten in das Ambulatorium (Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung im Einzugsgebiet Jena Nord bei Ärzteausschlag).
- Vorbereitung und Gestaltung der jährlichen Rechenschaftslegung vor der Belegschaft und dem Kreisarzt.

- Planung und Durchführung von Bestimmungen des Verteidigungsgesetzes (Maßnahmen im Rahmen der Zivilverteidigung, wie Katastrophen- und Räumungsplan, Einlagerung von Hilfsmaterialien, Besichtigung und Begutachtung von Ausweichgebäuden (Schulen, Ferienanlagen) u.a.)
- Offizielle Befragungen durch Mitarbeiter des MfS (Ministerium für Staatssicherheit), vor allem zur Einschätzung von Mitarbeitern, die Antrag auf Aussiedlung aus der DDR gestellt hatten. (Über solche Befragungen informierte ich anschließend die Betroffenen.)
- Teilnahme an übergeordneten Leitungssitzungen (Rat der Stadt, Rat des Bezirkes, Bereich Medizin der FSU u.a.)